UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 74

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FORMES ANORMALES DE LA VARICELLE CHEZ LE NOURRISSON

(A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948
par

LILIANE MOTTAZ
(née HAUSKNECHT)
EXTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

Membres du Jury
MM. R. SOREL, président
ROQUES
GADRAT
LAPORTE
Assesseurs
BAZEX, suppléant

TOULOUSE
SOCIETE OUVRIERE MERIDIONALE D'IMPRESSION
Impasse Fourcaran

1948

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0013

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 74

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FORMES ANORMALES DE LA VARICELLE CHEZ LE NOURRISSON

(A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)
présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948
par

LILIANE MOTTAZ
(NÉE HAUSKNECHT)
EXTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

Membres du Jury
MM. R. SOREL, président
ROQUES
GADRAT
LAPORTE
Assesseurs
BAZEX, suppléant

TOULOUSE
SOCIETE OUVRIERE MERIDIONALE D'IMPRESSION
Impasse Fourcaran

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM.	CALVET
ASSESSEUR		LEFEBVRE
DOYENS HONORAIRES		BARDIER, GORSE

PROFESSEURS HONORAIRES

M. DALOUS — MM. RISPAL, LAFFORGUE, ARGAUD — MM MERIEL, CAUBET — MM. MAURIN, RIBAUT, SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM.	RISER
Clinique médicale		TAPIE (J.), ROGUES
Clinique obstétricale		GARIPUY
Physiologie		SOULA
Clinique chirurgicale et du Cancer		DUCUING
Physique biologique et médicale		BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		NANTA
Chimie et Toxicologie		BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale		SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique		LEFEBVRE
Anatomie		CLERMONT, VALLOIS
Histoire naturelle		DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture		SOREL
Pharmacie		CAUJOLLE
Pathologie interne		MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale		ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires		FABRE (P.)
Matière médicale		VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie		MERIEL (P.)
Anatomie pathologique		FABRE (J.)
Clinique O. R. L. et de chirurgie maxillo-faciale		CALVET
Clinique ophtalmologique		CALMETTES
Chimie biologique		VALDIGUIE (P.)
Médecine légale et Médecine du Travail		PLANQUES
Histologie et Embryologie		BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	BAISSET
Obstétrique		GUILHEM
Anatomie		COULOUMA

AGREGES EN EXERCICE

Histologie	MM.	BIMES, ch. de f.
Anatomie		LAZORTHES
Médecine : MM. GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE — Chirurgie	MM.	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	MM.	DEODATI
Physique médicale		MARQUES
Pharmacie		COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique		BLANC
Histoire naturelle et pharmaceutique	Mme	DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	M.	CADENAT

COURS COMPLEMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM.	GARIPUY
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes		GUILHEM
Chimie biologique		VALDIGUIE (P.)
Chimie pathologique		VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale		BLANC
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL DAMBRIN (P.)
Parasitologie		LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales		BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE
Urologie		LHEZ
Ophtalmologie		DEODATI
Neuro-chirurgie		LAZORTHES
Clinique O. R. L.		CLAUX
Secrétaire de la Faculté		DUCROS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

Je dédie ce travail :

A MON PERE ET A MA MERE

A MON FRERE ET A MA SOEUR

A MON MARI

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile.

Nous avons beaucoup appris dans son service et nous le remercions respectueusement d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre jury de thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur ROQUES

Professeur de Clinique Médicale.
Officier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur GADRAT

Professeur agrégé à la Faculté.
Médecin des Hôpitaux.

Monsieur le Professeur J. LAPORTE

Professeur agrégé à la Faculté.

Monsieur le Docteur BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté.

Avec lesquels nous avons eu la joie de travailler.

Nous les remercions de bien vouloir être nos juges.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX

A Monsieur le Docteur A. BARDIER
Ancien Interne des Hôpitaux de Toulouse
Chef de Clinique à la Faculté.

Nous le remercions de ses conseils et de son accueil toujours bienveillant.

A TOUS NOS CAMARADES ET AMIS

INTRODUCTION

La banalité du tableau clinique de la varicelle n'échappe à personne. Il n'en est pas de mieux connu que celui présenté dans l'immense majorité des cas par cette affection que certains auteurs se refusaient d'ailleurs à qualifier de maladie.

Elle tient son nom de **Vogel** qui le lui a donné en 1764. C'est en effet au XVIII[e] siècle qu'elle fut isolée de la variole avec laquelle elle était jusque-là confondue. Elle fut identifiée, en France, par **Talamon,** et, à l'étranger, par l'école de Vienne.

Cette affection éruptive, contagieuse et épidémique, qui a été appelée fièvre éruptive de seconde zone et que les termes de vérolette et de petite vérole volante représentent comme étant insignifiante, est essentiellement bénigne. " Vix morbi nomen ", l'appelaient les anciens ; cette dénomination suffit à elle seule pour caractériser sa bénignité.

L'apparition de poussées successives de vésicules est suffisamment typique pour permettre de la diagnostiquer sans difficulté. La bénignité de son évolution et la rareté de ses complications font qu'elle n'est ni redoutée, ni redoutable.

Elle ne retient généralement pas l'attention du médecin et cependant elle peut parfois lui ménager des surprises à cause d'une évolution anormale ou d'une complication. Parfois aussi

une anomalie de l'éruption peut rendre son diagnostic difficile.

Récemment il nous a été donné d'observer, dans le Service de clinique médicale infantile, dirigé par M. le Professeur **R. Sorel,** trois varicelles chez des nourrissons, anormales par le nombre et l'aspect des éléments éruptifs ainsi que par les complications cutanées consécutives.

Nous les rapporterons ultérieurement en détail. Elles seront pour nous l'occasion, dans ce court travail, d'envisager, en premier lieu, la varicelle normale de l'enfant, puis les particularités que peut revêtir cette affection lorsqu'elle touche le nourrisson ; d'envisager ensuite, après avoir rapporté nos observations, les formes anormales de varicelle, décrites jusqu'ici, en insistant plus particulièrement sur celles qui ont trait aux trois cas observés, et de voir les problèmes de diagnostic qu'elles posent ; d'essayer enfin de dégager les facteurs de gravité de l'affection chez le nourrisson, et de voir comment, par une thérapeutique appropiée, nous pouvons prévenir ces complications ou y remédier lorsqu'elles sont survenues.

Qu'il nous soit auparavant permis de remercier ici M. le Professeur R. Sorel qui a bien voulu nous confier ce travail et présider notre thèse. Il nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant et nous l'assurons de toute notre gratitude et de notre reconnaissance. Tout ce qu'il nous a appris dans son service sera toujours pour nous d'un intérêt primordial dans notre tâche de médecin comme dans celle de mère de famille.

Considérations générales sur la Varicelle régulière de l'Enfant

Longtemps confondue avec la variole, la varicelle, avec ses vésicules cutanées et muqueuses, est une fièvre éruptive, autonome, en général bénigne et très contagieuse.

C'est entre deux et sept ans qu'on la rencontre le plus souvent ; rare après dix ans, elle devient exceptionnelle chez l'adulte.

La varicelle s'observe rarement avant l'âge de six mois, mais elle se voit cependant chez de très jeunes enfants dans des épidémies de maternité par exemple et **Lereboullet** l'a signalée chez le nouveau-né d'une femme qui en était atteinte.

Maladie endémo-épidémique, elle est extrêmement contagieuse : c'est la plus contagieuse des maladies de l'enfant ; elle sévit à l'état sporadique, mais présente une recrudescence épidémique hivernale. Les épidémies restent limitées (famille, école, salle d'hôpital).

Le virus pathogène est inconnu ; il confère une immunité très solide. On peut l'inoculer à l'homme, mais pas à l'animal ; en particulier, sur la cornée du lapin, il ne reproduit pas de vésico-pustules caractéristiques, comme le fait se produit avec

le virus de la vaccine ou de la variole. Ce phénomène a permis de prouver la spécificité de la maladie et d'étayer solidement la théorie dualiste qui veut que variole et varicelle soient deux entités, au contraire de la théorie uniciste qui voulait faire de la varicelle une variole atténuée. C'est depuis **Trousseau** que la théorie dualiste est adoptée en France.

Signalons, en passant, que **Bokay,** puis **Netter,** ont soutenu l'identité de nature de la varicelle et du zona ; l'unanimité n'est pas encore faite à ce sujet. Ce n'est pas la place ici de discuter cette question.

x x x

Le tableau clinique de la maladie chez un enfant de plus de deux ans est assez caractéristique pour être facilement reconnu.

Après une période d'incubation de quatorze jours en moyenne, mais qui peut osciller entre les deux limites de onze à dix-sept jours, et qui ne se révèle par aucun signe clinique, survient une période d'invasion discrète constituée parfois par de petits frissons, une fièvre légère, plus rarement par des vomissements et des convulsions.

Cette phase d'invasion peut rester latente ; elle dure environ un jour, et fait place à l'éruption qui a lieu à la fois sur la peau et sur les muqueuses.

L'exanthème est constitué par des macules rouges qui, en l'espace de quelques heures, se transforment en papules prurigineuses puis en vésicules, gouttes de rosée déposées sur l'épiderme ; ces vésicules ou bulles, suivant leur taille, sont d'abord claires et se troublent ensuite ; vers le troisième jour, elles vont s'ombiliquer et se dessécher. Les croûtelles noirâtres qui les recouvrent, tombent après une semaine environ, laissant une petite tache blanche qui disparait rapidement ; cependant, le grattage peut provoquer des cicatrices indélébiles.

L'éruption varicellique n'affecte aucune topographie particulière ; elle est dispersée et disséminée sur tout le corps ; dans le cuir chevelu, les vésicules sont fréquentes.

L'exanthème procède par poussées successives, trois ou quatre en général, à un ou deux jours d'intervalle, de telle sorte

que, sur une même zone, on observe des éléments d'âges différents. Les vésicules n'évoluent jamais spontanément vers la suppuration.

On constate souvent un exanthème discret au niveau de la muqueuse bucco-pharyngée qui passe fréquemment inaperçu et qui n'entraîne aucun trouble fonctionnel. Il se voit parfois aussi au niveau de la vulve.

Une légère élévation de température apparait au moment de la première poussée éruptive, mais s'atténue et disparait rapidement. Parfois aussi, on note une petite élévation thermique à chacune des autres poussées. La durée de l'éruption est d'une dizaine de jours et la guérison rapide.

Dans l'immense majorité des cas, la varicelle est une maladie bénigne et ce n'est qu'exceptionnellement qu'apparaissent des complications que nous envisagerons ultérieurement, en même temps que certaines formes anormales de la varicelle.

La superficialité des vésicules, leur dissémination, l'irrégularité de leur topographie, leur apparition par poussées successives et la constatation d'éléments voisins d'âges différents, jointes souvent à la notion de contagion, rendent habituellement des plus faciles le diagnostic de la varicelle.

La période d'incubation étant silencieuse, il ne se pose pas alors de problème diagnostique ; les quelques rares difficultés qui peuvent surgir n'apparaissent qu'avec l'éruption si elle est anormale, mais il faut se souvenir que, même dans une éruption varicelleuse très atypique, l'inspection minutieuse permet toujours de découvrir des éléments éruptifs identiques à ceux que nous venons de décrire.

Particularités de la Varicelle chez le nourrisson

Et d'abord une question préalable : la varicelle existe-t-elle chez le nourrisson ?

Nous avons déjà dit qu'il est classique d'admettre que la varicelle ne touche que des enfants de plus de deux ans et que le nourrisson est assez réfractaire ; il jouit en effet pendant les six premiers mois de sa vie d'une immunité acquise par sa mère et qu'elle lui transmet si elle a jadis contracté la maladie ; il y a des exceptions à cette règle et nous avons déjà signalé l'observation de **Lereboullet** rapportant un cas de varicelle chez un nouveau-né d'une femme qui en était atteinte. Mais cet auteur nous dit que la varicelle, comme les autres maladies éruptives, frappe rarement le nouveau-né. **Guinon** affirme qu' " elle est très rare avant six mois, plus rare même que les autres éruptives ". C'est aussi l'opinion de **R. Benedetti et Bourdelle.** En réalité, certaines épidémies ont montré qu'un nourrisson n'échappe qu'exceptionnellement à la maladie s'il est en contact avec un varicelleux. En 1895, au cours d'une épidémie de varicelle dans une maternité de Paris, on en a observé dix-huit cas chez des enfants de moins de six mois. **Le Roy,** rapporte, dans sa thèse, une épidémie de varicelle qui

sévit pendant l'hiver 1910-1911 dans une crèche départementale de la Seine et qui a touché douze enfants de moins de deux ans, dont trois de six mois et moins ; cinq de ces douze enfants ont présenté des complications. **Bernasconi** décrit, lui aussi dans sa thèse, en 1937, une épidémie de varicelle à la crèche départementale des Bouches-du-Rhône qui a touché soixante enfants de moins de un an et demi. Une récente publication de **H. Deherripon, A. Buisine** et M^lle^ **G. Dubuisson** présente trois cas de varicelle mortelle chez des nourrissons.

Les trois observations que nous rapporterons plus loin concernent des enfants de trois et quatre mois ; nous les relaterons dans l'ordre chronologique d'apparition de l'éruption varicelleuse qui est celui d'une épidémie en miniature.

Il nous a été impossible de savoir si les mères avaient présenté la varicelle avant leur grossesse, cette affection étant d'ordinaire si anodine qu'elle peut ne laisser aucun souvenir ; nous ne pouvons donc savoir s'il s'agit de nourrissons non immunisés, ou s'il s'agit par contre d'une immunité maternelle non transmise ou en partie levée par le mauvais état général de l'enfant.

Il est donc certain que la varicelle existe chez le tout jeune enfant ; il n'en demeure pas moins que les cas observés dans les trois premiers mois sont très rares, et qu'on les rencontre surtout dans des épidémies de crèche, de maternité ou en milieu hospitalier.

Cliniquement, la période d'incubation — quatorze jours — n'offre rien de particulier à considérer. Selon certains auteurs, elle peut influer sur la courbe de poids. Pour **Lereboullet,** celui-ci chuterait ou n'augmenterait pas pendant quatorze jours — comme chez le nouveau-né dont il rapporte l'observation — et cette déficience pondérale, comme dans toute maladie éruptive, révèlerait un processus latent avant l'apparition des manifestations cliniques.

Si, chez l'enfant, la période d'invasion passe souvent inaperçue, chez le nourrisson apparaissent des manifestations importantes. Des signes généraux très marqués surviennent : la température s'élève aux alentours de 38°-39° ; celle-ci est accompagnée de vomissements, souvent de diarrhée et parfois de convulsions. L'enfant est anorexique et l'on peut observer

une chute pondérale appréciable dans la journée. Avec une fréquence relativement grande s'observent, chez le nourrisson, des rashes pré-varicelliques qui peuvent faire soupçonner une scarlatine, une rougeole ou un purpura ; le rash scarlatiniforme semble le plus fréquent. Mais tous ces signes généraux s'estompent rapidement pour laisser place à l'éruption.

Celle-ci se voit au niveau de toutes les régions cutanées ; elle est rare chez le nourrisson au niveau des muqueuses bucco-pharyngée et génitale où les vésicules, lorsqu'on les rencontre, se rompent rapidement et donnent naissance à des érosions.

L'éruption de la varicelle ne suit pas, comme dans les autres maladies éruptives, une marche descendante mais elle est disséminée d'emblée sans ordre ; elle évolue aussi par poussées successives : de trois en trois jours chez les grands enfants, elles sont souvent plus rapprochées chez le nourrisson et se voient à des intervalles de un jour à un jour et demi.

Chaque poussée s'accompagne d'une exacerbation des signes généraux et se marque sur la courbe thermique par un léger clocher. Souvent, le poids reste stationnaire pendant la maladie.

Tout comme chez le grand enfant, ces poussées sont au nombre de trois à quatre ; la dernière a lieu environ une semaine après la première.

La guérison survient du dix au quinzième jour sans laisser de cicatrice, à moins qu'il n'y ait eu une infection secondaire par grattage, et confère au sujet une immunité solide.

A côté de l'éruption typique que nous venons de décrire, existent fréquemment, chez le nourrisson, des formes anormales d'après le nombre et l'aspect des éléments éruptifs ; c'est ainsi que l'on a décrit des formes cohérentes, pemphigoïdes, hémorragiques et suppurées.

Ces aspects atypiques s'observent plus particulièrement chez des nourrissons mal alimentés, cachectiques et vivant dans des conditions d'hygiène déficiente. C'est chez ces mêmes enfants débiles que surviennent deux complications : l'infection secondaire et l'encéphalite varicelleuse.

Lereboullet a constaté que les complications cutanées chez le nourrisson étaient si fréquentes qu'elles constituent un des

dangers de l'affection. Ces complications cutanées peuvent entraîner chez le nourrisson en mauvais état un pronostic grave.

Notre intention est de rapporter maintenant trois observations de varicelles, anormales par le caractère de l'éruption ou les complications cutanées consécutives.

L'une a été hémorragique et nécrotique et s'est terminée par la mort ;

L'autre a eu une allure variolique et s'est impétiginée ;

La troisième, enfin, s'est compliquée de suppuration cutanée et principalement d'un abcès de l'aisselle, ainsi que d'une otite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I.

René L..., entré le 29 novembre 1947 pour diarrhée cholériforme, est âgé de 1 mois et demi, et pèse 3 kg. 300.

Né à terme, son poids à la naissance était de 4 kilos.

C'est le troisième enfant d'une famille en parfaite santé.

Nourri au sein pendant 8 jours, puis au lait de vache coupé à moitié, pendant un mois, il présente une diarrhée verte et des vomissements fréquents. Trois jours après, il est hospitalisé.

L'appétit est conservé, l'enfant prend son biberon en entier mais en rejette, peu après, une partie.

A l'entrée, il s'agit d'un enfant en mauvais état général, très amaigri pour son âge et légèrement déshydraté ; la fontanelle est peu déprimée. Sa température est de 37°8.

L'examen somatique se révèle entièrement négatif.

On l'alimente alors avec du lait maternel et on lui injecte sous la peau du sérum physiologique.

Le 9 décembre, son poids est de 3 kg. 600, et l'état général s'améliore.

Le 10 décembre, l'enfant recommence à vomir et à présenter de la diarrhée. Des plaques d'eczéma apparaissent au niveau de la face et du cou. Dès cet instant, on enregistre une chute de poids et l'état général ne tarde pas à devenir inquiétant, malgré les infiltrations splanchniques, la pénicillinothérapie et les injections sous-cutanées de sérum physiologique.

Le 26 décembre, l'eczéma s'aggrave et tend à se généraliser. Le poids tombe à 3 kg. 100, la température est à 35°4.

Un traitement local (frictions à l'alcool iodé, poudrages sulfamidés, pommade à la pénicilline, crème de Vienne) joint à un traitement général (vitamines C et D et sérum physiologique) n'arrivent pas à enrayer l'infection. L'enfant garde un poids stationnaire mais sa température est très oscillante.

Le 12 janvier 1948, apparaissent des éléments nouveaux : à côté des placards eczémateux plus ou moins suintants, on distingue de petites vésicules superficielles, reposant sur une tache rosée à contour net. La température est à 39° ; l'enfant vomit et présente de la diarrhée. En présence de ces éléments nouveaux, on pense à une varicelle.

Le 13 janvier, quelques vésicules se recouvrent d'une croûtelle noirâtre. Quelques macules et papules apparaissent, qui confirment le diagnostic porté la veille. La plupart de ces vésicules deviennent hémorragiques et ne tardent pas à éclater.

L'état général décline. Le poids tombe régulièrement.

Le 17 janvier, les excoriations cutanées se nécrosent. Les ulcérations se creusent en profondeur ; l'eczéma, très suintant, se surinfecte. On reprend les injections sous-cutanées de sérum physiologique, la pénicillinothérapie, et l'on commence un traitement antihémorragique par la vitamine K.

Le corps de l'enfant devient une véritable plaie. L'état général ne tarde pas à décliner complètement et l'enfant meurt le 26 janvier, dans l'adynamie et la cachexie.

OBSERVATION N° II

Solange D..., entre le 22 novembre 1947 pour gastro-entérite et dénutrition. Agée de 1 mois et demi, elle n'a pas été vaccinée. Elle est née à terme ; son poids à la naissance est inconnu. C'est le huitième enfant d'une famille de cultivateurs où tout le monde est en excellente santé. Nourrie au sein pendant deux jours, puis au lait de vache insuffisamment coupé, elle présente un début de gastro-entérite sévère avec une diarrhée verte abondante. Elle est traitée par le médecin de famille, et tout semble rentrer dans l'ordre, lorsqu'apparaissent des vomissements presque continus.

L'enfant prend à peine 15 grammes par tétée et rejette tout au bout d'un quart d'heure, ce qui entraine un gros amaigrissement et une importante déshydratation.

Elle pèse à l'entrée 2 kg. 300 et est très hypothermique (35°6). La fontanelle est déprimée.

Un examen complet est aussitôt pratiqué, et l'enfant est traitée par des injections sous-cutanées de sérum physiologique, par le gardénal et par des infiltrations splanchniques et on le nourrit au lait maternel.

Peu à peu, l'enfant prend des tétées plus copieuses ; la fréquence de la diarrhée diminue ; les vomissements s'espacent ; le poids augmente.

Le 16 décembre, elle présente une adénoïdite aiguë. A partir de ce moment-là, on lui injecte pendant 10 jours de la pénicilline et on lui fait prendre un gramme de sulfamide par jour pendant trois jours.

Le poids augmente régulièrement mais lentement.

Le 21 janvier 1948, l'enfant pèse 2 kg. 900. Elle a pris par conséquent 600 grammes en deux mois.

Le 25 janvier au matin, brusquement, sans aucun prodrome elle présente une température à 39°4 sans qu'on ne puisse mettre en évidence, à l'examen clinique, rien qui explique un pareil état de chose.

La température se maintient à 39°4 pendant deux jours.

Le 27 janvier au matin, elle est de 40°1 et, le soir, à 39°9. A la contre-visite, l'interne découvre sur le visage de l'enfant et surtout sur le front, quelques macules rouges bien limitées et disparaissant à la pression. Quelques heures plus tard des papules apparaissent ; on découvre de rares macules sur le tronc. La température tombe rapidement.

En présence des trois jours précédents d'hyperthermie, de l'apparition des éléments éruptifs sur la face, et de la chute rapide de la température, on hésite entre le diagnostic de varicelle et celui de variole, question à résoudre au plus tôt en raison des mesures prophylactiques à prendre dans les plus brefs délais.

Pour des raisons que nous envisagerons ultérieurement à la discussion de ce diagnostic difficile, M. le Professeur Sorel a penché pour l'hypothèse d'une varicelle.

Le lendemain matin, 28 janvier, la température est à 37°2. Sur le visage et surtout sur le front se sont multipliés des éléments éruptifs : on y trouve des macules, des papules, et des vésicules, caractéristiques de la varicelle, mais confluentes ; les éléments sont rares au niveau du tronc.

Le 29 janvier au matin, la température est à 37°4 et elle va se maintenir dès lors aux alentours de la normale ; certaines vésicules se couvrent déjà de croûtelles noirâtres.

L'éruption confluente se nettoie rapidement ; il n'y a pas de suppuration secondaire ni de cicatrices. Deux nouvelles poussées éruptives légères, typiques, sans température et sans signes généraux, se produisent. La dernière est suivie d'une poussée d'impétigo du cuir chevelu qui régresse rapidement par le traitement anti-infectieux.

L'enfant est assez longue à se remettre d'une façon complète mais finit par prendre le dessus, et sort le 26 mars en parfaite santé.

Elle pèse alors 4 kilos.

OBSERVATION N° III.

Gérard R..., entre le 7 novembre 1947 pour toxicose. Agé de un mois et demi, il pèse 3 kg. 800. Il est né à terme ; on ignore son poids à la naissance.

Nourri au sein pendant trois semaines environ, puis entièrement au lait de vache, probablement insuffisamment coupé, il ne le supporte pas et vomit.

Il continue cependant à prendre du poids, mais deux jours avant son admission à l'hôpital, les vomissements deviennent plus fréquents et une diarrhée verte apparait. Il ne garde que l'eau de riz ou l'eau bouillie.

A l'entrée, il s'agit d'un nourrisson déshydraté, amaigri et hypothermique (36°4). La fontanelle est déprimée. On fait aussitôt une perfusion sous-cutanée de 250 cc. de sérum physiologique, une injection de 2 cg. de gardénal sodique et une injection d'huile camphrée.

Grâce à la poursuite de cette thérapeutique et à une alimentation au lait maternel, l'état général s'améliore et l'enfant reprend du poids malgré les vomissements persistants.

A la suite d'un examen radiographique après repas opaque on fait des infiltrations splanchniques, à raison d'une tous les cinq jours.

Début février 1948, l'état général est satisfaisant ; il n'y a plus ni vomissements, ni diarrhée ; l'enfant s'alimente normalement. Il pèse alors 5 kg.

Le 5 février, l'enfant vomit une partie de son biberon du matin et pendant deux jours présente une température progressivement croissante Mais son poids continue à croître.

Le 7 février, la température est à 38°4 ; elle est accompagnée d'une poussée de vésicules varicelliques caractéristiques disséminées au niveau du cuir chevelu, sur le tronc et les membres. Les éléments évoluent normalement et l'enfant reste subfébrile.

Une nouvelle poussée marquée par une température à 38°5, a lieu trois jours après la première.

Puis une troisième poussée s'extériorise deux jours après la deuxième, marquée, elle aussi, par une recrudescence thermique à 38°6.

A ce moment-là, un examen O. R. L. montre des tympans suspects ; on pratique une double paracentèse et l'on traite à la pénicilline.

Alors que la décrustation s'effectue normalement sur le tronc, les membres supérieurs et le cuir chevelu, on constate au niveau de la plante du pied droit et de l'aisselle droite, des placards eczémateux, rouges et suintants ; cet eczéma ne tarde pas à s'impétiginer au niveau de l'aisselle et à donner un petit abcès superficiel.

Les injections de pénicilline enrayent l'infection secondaire et tout rentre dans l'ordre.

L'enfant sort le 25 mars en bonne santé. Son poids est alors de 5 kg. 800.

Difficultés du Diagnostic pans les formes anormales de Varicelle

De nombreuses formes anormales de varicelle ont été décrites par différents auteurs français et étrangers. Il semble que le plus grand nombre ait été recueilli dans les pays anglo-saxons.

Une forme sur laquelle de nombreux auteurs ont insisté est la forme pemphigoïde ; les thèses de **Schmück** et de **Jacqueline Debain** ont précisé la question. La varicelle pemphigoïde décrite par **Trousseau** et **Lasègue** se voit chez de tout jeunes enfants débiles et elle se distingue du pemphigus aigu fébrile par son pronostic en général bénin, ses caractères épidémiologiques et la constatation à côté d'éléments pemphigoïdes, volumineux et phlycténulaires de vésicules varicelleuses typiques.

L'herpès généralisé a pu prêter à confusion ainsi que des érythèmes infectieux et l'érythème polymorphe qu'il n'y a pas lieu d'envisager plus longuement ici.

Chez le nourrisson, la varicelle peut être aussi confondue avec des syphilides varioliformes ou varicelliformes, mais la topographie des syphilides est différente, leur siège de prédilec-

tion est la plante des pieds et la paume des mains ; l'éruption se généralise rarement et n'apparaît qu'à la naissance, ou dans les jours qui suivent, chez un nouveau-né présentant d'autres stigmates d'hérédo-syphilis.

La gale survenant chez un nourrisson détermine la formation de vésicules et de bulbes qui peuvent prêter à confusion. Ce n'est que la recherche du sillon caractéristique situé en des sièges d'élection et principalement à la plante du pied, qui rendront le sarcopte responsable de cette éruption.

Les diagnostics différentiels que nous venons d'esquisser rapidement ne présentent guère de difficultés à qui sait observer. Mais il n'en est pas ainsi par exemple pour le diagnostic entre varicelle et variole et surtout varioloïde. C'est le problème qu'il nous a été donné de discuter à propos de l'observation II. Ce diagnostic se révèle important, non pas tant à cause des conséquences thérapeutiques qu'en raison des mesures prophylactiques.

La question est parfois très difficile à résoudre, à plus forte raison lorsqu'il s'agit, comme c'était le cas, d'un enfant non vacciné.

Une période d'invasion longue et hyperthermique (une durée de trois jours avec température entre 39°5 et 40°), une éruption ayant débuté par la face et suivie d'une chute thermique, constituaient des éléments plaidant fortement en faveur d'une variole. Cependant, l'absence de rash et le fait que les éléments éruptifs semblaient superficiels et non enchâssés dans le derme ont fait hésiter à porter un diagnostic aussi redoutable. L'évolution a montré quelques heures plus tard la coexistence dans une même zone d'éléments d'âges différents contrairement à ce que l'on observe dans la variole ou la varioloïde où la poussée éruptive se fait en une seule fois.

De plus, trois jours après le début de l'éruption, l'absence d'une nouvelle poussée thermique, et de la pustulisation et de la suppuration des éléments faisait écarter définitivement le diagnostic de variole.

Il existe, certes, des méthodes de laboratoire fort intéressantes qui auraient pu apporter une certitude très grande dès le début mais qui n'entrent pas dans le domaine de la clinique courante ; ce sont l'inoculation à la cornée du lapin, la réaction

de fixation du complément et l'examen du sang. La recherche de la formule leucocytaire, facile à faire, ne donne pas de renseignements d'un grand intérêt et ne permet pas de trancher le diagnostic ; pour **Nobecourt** et **Merklen,** l'absence de leucocytose avec mononucléose et myélocytose plaide en faveur de la varicelle contre la variole. La difficulté de la réalisation de la réaction de fixation du complément, préconisée par **Tessier** et **Gastinel,** qui se sont servis comme antigène soit de croûtes varioliques, soit de liquide de vésicules varicelleuses, est pratiquement impossible à réaliser Il en est de même pour l'inoculation à la cornée du lapin dont nous avons déjà parlé dans un chapitre précédent. Ces méthodes fort intéressantes au point de vue de la pathologie générale pour prouver la non-identité des virus de la variole et de la varicelle ne sont pas réalisables couramment. On ne peut, de toute façon, y recourir pour imposer un diagnostic qui doit être fait au plus vite et avec les seuls moyens de la clinique.

Nous insisterons peu sur les complications cutanées que nous avons observées : l'infection de vésicules épidermiques donne lieu à des suppurations cutanées dont les plus fréquentes sont l'abcès, l'érysipèle et la lymphangite.

Il a été décrit, au niveau des muqueuses, des conjonctivites avec parfois kératite, des vulvites et surtout des laryngites susceptibles d'entraîner la mort par spasme de la glotte.

Parmi les complications à distance, nous avons déjà signalé l'encéphalite varicelleuse. A côté de celle-ci, on a pu signaler des néphrites.

Facteurs de Gravité

Si l'enfant fait des varicelles typiques et bénignes, il n'en est pas toujours de même pour le nourrisson qui présente des varicelles anormales et graves, et l'on peut se demander si cette malignité provient d'une virulence particulière du germe en cause, ou de la déficience spéciale du terrain infecté.

Il a été constaté que certaines épidémies étaient plus graves que d'autres ; celle que nous avons observée a été trop circonscrite pour pouvoir nous faire une opinion ; mais il nous paraît plus vraisemblable d'incriminer, dans les cas que nous avons observés, la déficience du terrain.

Le tout jeune âge des enfants — trois à quatre mois — nous semble devoir constituer un facteur de gravité.

Un allaitement artificiel mal conduit, ayant entraîné des complications digestives importantes, nous semble devoir être retenu dans la pathogénie des trois formes graves que nous avons observées. Ces trois nourrissons avaient été nourris au lait de vache insuffisamment coupé et l'un avait été hospitalisé pour diarrhée cholériforme, l'autre pour gastro-entérite et le troisième pour toxicose. Il s'agissait donc d'enfants dénutris, déshydratés, à poids insuffisant, ne pouvant s'alimenter normalement et bien moins résistants que des enfants alimentés au sein.

C'est ainsi que, dans l'épidémie que **Bernasconi** rapporte dans sa thèse, on constate que les nourrissons alimentés au lait maternel n'ont été atteints que dans une proportion de 6 % et que l'éruption a toujours été bénigne et courte, alors que les nourrissons alimentés au lait animal furent atteints dans une proportion de 95 % et que la maladie fut grave, de longue durée et souvent compliquée.

Les principaux facteurs de malignité nous paraissent donc être le très jeune âge de l'enfant, surtout son mouvais état antérieur et les surinfections fréquentes en milieu hospitalier malgré toutes les mesures préventives prises dans les pouponnières.

Mais nous ne saurions assez insister, en terminant ces quelques considérations à propos des facteurs de gravité de la varicelle du nourisson, sur l'immense avantage que présente l'alimentation au lait maternel sur l'allaitement artificiel. Dans certaines épidémies de crêche, l'allaitement au sein semble avoir préservé beaucoup de nourrissons, soit en évitant l'éclosion de la maladie, soit en la rendant plus bénigne.

Les difficultés auxquelles on se heurte, pour se procurer du lait de femme, sont nombreuses ; nous n'avons pu malheureusement en avoir qu'en faible quantité et nos moyens d'action ont été, de ce fait, limités.

Traitement

L'extrême contagiosité de la varicelle, même avant l'apparition des signes cliniques, explique l'impossibilité de la prévenir. Son évolution habituellement bénigne justifie son absence sur la liste des maladies à déclaration obligatoire et même sur celle des maladies à déclaration facultative.

La prophylaxie de la varicelle ne se fait en somme que par l'isolement ; les règlements français prévoient une éviction scolaire de vingt-cinq jours. Il faut éviter aussi d'envoyer ces petits malades dans les hôpitaux, et surtout dans les crêches et les pouponnières, à cause de la contamination possible des nourrissons qui présentent en général, nous l'avons vu, des formes graves.

Lesnes avait préconisé, pour enrayer les épidémies, la varicellisation de bras à bras, analogue à la variolisation de jadis, mais elle n'est pratiquement plus réalisée aujourd'hui.

Si la forme bénigne habituelle ne nécessite que quelques soins d'hygiène et une médication symptomatique discrète, il n'en est pas de même dans les formes sévères du nourrisson, où l'on est appelé à traiter l'infection et les troubles digestifs qui sont à l'origine de la moindre résistance du terrain. De plus, dans les formes hémorragiques, comme celle que nous avons observée, il est nécessaire de mettre en action un traitement antihémorragique.

Contre le processus infectieux, le médecin dispose actuellement de deux armes puissantes : les produits sulfamidés et la pénicillinothérapie. Ce traitement général n'empêchera pas l'application d'un traitement local par poudres et pommades antiseptiques qui pourront même être utilisées préventivement pour éviter les infections profondes des éléments irrités.

La polyvitaminothérapie, et plus particulièrement les injections de vitamine K, sont un élément appréciable dans le traitement des formes hémorragiques.

Mais le point qui nous paraît le plus important est le traitement des troubles digestifs ; nous ne saurions trop insister une fois de plus, au terme de ce travail, sur les bienfaits d'une alimentation rationnelle et plus précisément de l'alimentation au sein.

Nous avons pu constater, dans le service de M. le Professeur **Sorel,** que les nourrissons, auxquels on a donné du lait maternel, ont présenté une ascension de leur courbe de poids et une amélioration de leur état général et de leurs troubles digestifs.

L'utilisation de l'allaitement maternel prévient la plupart des troubles digestifs qui débilitent l'enfant, font de lui une proie plus facile aux infections et rendent plus sombre le pronostic, par ailleurs bénin, de nombreuses affections.

Conclusions

1. — Il nous a été donné d'observer trois formes anormales de varicelle chez des nourrissons :

a) L'une a été hémorragique et nécrotique, et rapidement mortelle,

b) La seconde a posé, dès son début, le problème important, et lourd de conséquences, du diagnostic différentiel avec une variole discrète,

c) La troisième s'est compliquée d'infection cutanée, d'abcès et d'otite.

2. — Nous avons cru intéressant de les rapporter pour essayer d'en dégager les causes de leur gravité et les moyens dont nous pouvons disposer pour les prévenir et les guérir.

3. — Le tout jeune âge de l'enfant et surtout les troubles digestifs — diarrhée cholériforme, vomissements — liés à des fautes alimentaires graves, nous paraissent être à la base de cette gravité exceptionnelle, par la débilité qu'ils entraînent.

4. — Une alimentation rationnelle et bien conduite donne à l'enfant tous les éléments nécessaires pour lutter contre une infection éventuelle, en rendant le terrain plus résistant.

5. — Le développement de l'allaitement maternel dans les familles et la possibilité pour les pouponnières d'avoir des nourrices à demeure, sont pour le pédiatre, des buts importants à poursuivre.

Vu : Le président de thèse :
R. SOREL

Vu : Le Doyen :
J. CALVET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Toulouse, le 21 juin 1948.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université

P. DOTTIN

BIBLIOGRAPHIE

Bernasconi (Charles). — Contribution à l'étude épidémiologique et clinique de la varicelle (**Thèse Marseille,** 1937, n°4).

Bernasconi (Charles). — La varicelle chez le nourrisson (**Pédiatrie,** août 1937 n° 8).

Comby (J). — Les complications de la varicelle (**Archives de Médecine des Enfants,** tome 39, octobre 1936, n° 10).

Debain (Jacqueline). — La varicelle pemphigoïde (**Thèse Paris,** 1931, n° 331).

Deherripon (H.), Buisine (A.) et Dubuisson (G.). — Trois cas de varicelle mortelle chez des nourrissons (**Journal des Sciences Médicales de Lille,** 25 avril 1948, n° 9).

Lereboullet. — Varicelle du nouveau-né et du nourrisson (**La Pédiatrie pratique,** 15 février 1938).

Le Roy (Pierre). — Sur une épidémie de varicelle anormale (**Thèse Paris,** 1911, n° 201).

Schmuck (Jean). — Contribution à l'étude de la varicelle pemphigoïde et hémorragique (**Thèse Paris,** 1941-42, n° 93).

E. M. C. — Article de Gavois (**Pédiatrie,** tome I).

Table des Matières

	Pages
Introduction	9
Considérations générales sur la varicelle régulière de l'enfant	11
Particularités de la varicelle chez le nourrisson	14
Observations	18
Difficultés du diagnostic dans les formes anormales de varicelle	22
Facteurs de gravité	25
Traitement	27
Conclusions	29
Bibliographie	31

Dépôt Légal
3me trimestre 1948 — F. 010

Societé Ouvrière Méridionale d'Impression - Impasse Fourcaran - Toulouse